

בקשה לזימון על כספי ביטוחי לשאירים בעתידית קופת פנסיה

נא מלא/י טופס זה באופן מדויק ושלם וצרף/י צילום תעודת זהות כולל ספה, לטובת אימות הנתונים.
לתשומת ליבך, ללא מילוי הטופס באופן מלא, כולל חתימתך וללא צירוף צילום תעודת זהות כולל
ספה, בקשתך לא תטופל.

■ מס' פקס: 03-7348190
■ כתובת מייל: idcompension@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

א פרטי המבוטח/ת

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.זהות	מצב משפחתי א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
טלפון	טלפון נייד		
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים/ה כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת -@..... וזאת במקום באמצעות הדואר.			

ב בקשה לזימון

1. אני רווק/ה אלמנה/ה גרושה/ה (סמון/י בהתאם למצבך הנוכחי).
סמון/י את האפשרות המתאימה לך:
 אין לי בן/ת זוג * ואין לי ילדים/ים שגילם/ם פחות מ-21 ו/או ילד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו מפאת נכות שלקה בה טרם הגיעו לגיל 21.
לידיעתך, במסלול הביטוח בו הנך מבוטח/ת לא יינתן כספי ביטוחי לשאירים.
 אין לי בן/ת זוג * ויש לי ילד/ים שגילם/ם פחות מ-21 ו/או ילד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו מפאת נכות שלקה בה טרם הגיעו לגיל 21.
לידיעתך, במסלול הביטוח בו הנך מבוטח/ת יינתן כספי ביטוחי לילדים/ים בלבד.
* בן/ת זוג - מי שנשוי/נשואה ורשום כדין במרשם האוכלוסין או מי שהוכר כידוע/ה בציבור על ידי ערכאה שיפוטית מוסמכת, בהתאם להוראות תקנון הקרן.
2. אני מצרף/ת בזאת העתק תעודת זהות כולל ספה.
3. לידיעתך:
א. ככל שלא תסמון/י אחת מהאפשרויות או לחילופין תסמון/י יותר מאפשרות אחת, בקשתך לזימון על כספי ביטוחי לשאירים לא תעודכן.
ב. בקשתך תיכנס לתוקף במועד קבלתה במשרדי החברה.
ג. הזימון על פנסיית השאירים הינו ל-24 חודשים, ככל שברצונך להאריך את תקופת הזימון, הינך נדרש להגיש בקשה חדשה טרם מועד סיום תקופת הזימון.
ד. ככל שיחול שינוי במצבך המשפחתי כפי שהוצהר בסעיף 1, הינך נדרש להודיע לנו על כך תוך 90 יום ממועד שינוי הסטטוס, שאם לא כן תהיה קרן הפנסיה פטורה מתשלום פנסיה לשאיר שלא הוצהר לגביו (במקרה של אירוע ובמידה שתשלום פנסיה לשאירים, דמי הסיכון ייגבו מתוך הזימון החדש).
תאריך:
חתימת המבוטח/ת:

ג הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים/ה, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS)), וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
תאריך:
חתימת המבוטח/ת:

בכל עת בעתיד וכולנו להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף הפנסיה, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.



dt13042